FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ELIE FRANÇOIS

Né à Paris le 29 Mars 1891
Externe des Hôpitaux de Paris
Moniteur d'Obstétrique et de Gynécologie à la Clinique Beaudelocque
Chevalier de la Légion d'Honneur

Des Anomalies du Décollement du Placenta

APRÈS L'ACCOUCHEMENT A TERME OU PRÈS DU TERME

chez les Femmes ayant subi antérieurement un curettage utérin

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

LE DOYEN. . . . . : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSON
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Augus
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LŒPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
N....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE

DE MES COMPAGNONS D'ÉTUDE ET DE GUERRE

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE TOMBÉS PENDANT LES ANNÉES

1914-1918

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Pour le remercier de son enseignement et de la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

En l'assurant de ma reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

A M. LE DOCTEUR LEVANT

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

PROFESSEUR-ADJOINT A LA MATERNITÉ

Qui, depuis quatre ans, a été pour moi un guide sûr et un maître affectueux.

En gage de profonde gratitude et de respectueuse amitié.

A MES MAITRES

1910-1911 M. le docteur ROUTIER

Années d'externat

1911-1912 M. le professeur LEJARS
1912-1913 M. le docteur LESNÉ
1913-1914 M. le professeur SERGENT
1914 M. le docteur BERGÉ
1919-1920 M. le docteur BROCQ

A mes autres maîtres dans les hôpitaux

M. le professeur agrégé LÉVY-SOLAL
M. le docteur VIGNES
M. le docteur CLEISZ

A messieurs les docteurs :

BABONNEIX, EUDES (*in memoriam*)
MORISSON-LACOMBE, POWILEWICZ

A mes amis

le docteur PORTES, chef de clinique a Baudelocque
M. SUREAU, interne des hôpitaux de paris
A. LAPORTE, interne des hopitaux de Paris
Le docteur SYPIORSKI, moniteur d'obstétrique

et a mes collègues et camarades
de la clinique Baudelocque

Introduction

Le curettage est une intervention dont les accidents éventuels sont très connus et dont les complications immédiates ont été bien étudiées. Mais il semble que l'on se soit moins préoccupé de ses conséquences éloignées et, notamment, de son retentissement sur la période de délivrance lors d'un accouchement ultérieur.

Cette question apparaît pourtant des plus intéressantes quand on considère : d'une part la fréquence — qui paraît d'ailleurs bien excessive — avec laquelle le curettage est pratiqué ; d'autre part, l'importance d'un accomplissement physiologique de la délivrance, qui est une des meilleures garanties d'un post-partum normal.

Il semble bien que ce soit Neumann qui, le premier, ait ouvert la discussion sur le sujet, en accusant les lésions traumatiques de la paroi utérine, de pouvoir être la cause d'adhérences placentaires excessives, au cours d'accouchements ultérieurs. Le premier cas rapporté par lui concerne une malade chez qui, à l'occasion d'un accouchement antérieur, on avait dû faire un décollement manuel pénible du placenta ; dans un second cas, c'est précisément un curettage antérieur qui pouvait être incriminé (1).

(1) Neumann. — *Archiv. f. gynæk.*, 1902, B. LXV, p. 95.

En France, M. Demelin a été incité, par quelques cas observés dans le service de la Maternité de Lariboisière, à penser qu'une femme qui a, dans son passé, un curettage, est plus exposée, de ce fait, aux adhérences pathologiques du placenta ; et c'est dans ce sens que conclut son élève Trousset, dans sa thèse (1).

C'est cette opinion que nous avons tenté de vérifier.

Nous avons donc recherché qu'elle était la fréquence du rapport clinique entre les adhérences pathologiques du placenta et le curettage antérieur. Ce faisant, nous avons été amené à établir la fréquence comparée des délivrances artificielles chez les accouchées ayant été antérieurement curettées et chez les autres parturientes, qu'il y ait ou non adhérence pathologique du placenta.

Y a-t-il plus fréquemment adhérence pathologique du placenta chez les accouchées antérieurement curettées que chez les autres parturientes ?

Les femmes ayant subi un curettage sont-elles plus exposées que les autres à des anomalies de la délivrance entraînant une délivrance artificielle ?

Telles sont les deux questions auxquelles nous nous sommes efforcé de répondre.

L'enquête clinique qui nous a amené à adopter nos conclusions n'a porté que sur des accouchements à terme ou au voisinage du terme. Les complications de la délivrance, dues à l'absence ou à l'imperfection du processus physiologique de préparation au clivage, sont en effet très fréquen-

(1) P. Trousset. — Curettages et adhérences anormales du placenta : *Thèse de Paris*, 1920.

tes après avortement ou accouchement prématuré. Nous pensons qu'il vaut mieux ne pas compliquer, par de telles intrications, un problème suffisamment difficile à traiter.

I. Du Rapport entre les Adhérences pathologiques du Placenta et le Curettage antérieur

Avant d'étudier le rapport qui peut exister entre le curettage antérieurement pratiqué et les adhérences pathologiques du placenta, il convient de définir ce que l'on entend par ce dernier terme. Nous dirons donc quelques mots des caractères anatomo-cliniques et de la fréquence des adhérences pathologiques vraies du placenta en général.

1° CARACTÈRES ANATOMO-CLINIQUES ET FRÉQUENCE DES ADHÉRENCES PATHOLOGIQUES CARACTÉRISÉES DU PLACENTA EN GÉNÉRAL

Eliminons d'abord tous les faits mal observés, improprement appelés adhérences placentaires anormales et qui ne sauraient être considérés comme des adhérences pathologiques.

On connaît là-dessus l'opinion de nos classiques, s'élevant, depuis Baudelocque, contre l'abus que, de tout temps, les accoucheurs inexpérimentés ont fait de ce terme. Nous rapellerons l'opinion de Ribemont-Dessai-

gnes et Lepage (1) qui indique une des principales causes d'erreur :

« Les opérateurs novices, disent-ils, expliquent par des adhérences placentaires la difficulté qu'éprouve à décoller le placenta leur main paralysée par la striction exercée sur l'avant-bras par les muscles des organes génitaux ».

Et, plus sévère encore, M. Démelin, dans son récent *Manuel*, indique que « le diagnostic d'adhérences anormales est porté très généralement par les accoucheurs ou sage-femmes qui pratiquent mal l'opération de la délivrance artificielle. »

A l'étranger, J. Whitridge Williams (2), proteste contre la facilité avec laquelle on parle hâtivement d'adhérences du placenta : « Dans le plus grand nombre des cas, dit-il, le terme placenta adhérent est impropre, puisque son défaut de décollement est dû à des anomalies de la contraction utérine plutôt qu'à des adhérences anormales entre le placenta et le mur utérin. » Et Massen (3), passant en revue les cas dits d'adhérences placentaires anormales qu'il avait pu trouver dans la littérature, s'exprime ainsi : « La plupart des cas d'adhérences placentaires qu'on a publiés, étaient de simples rétentions au-dessus d'un anneau de rétraction. »

Nous avons rapporté tout au long ces opinions, parce

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Traité d'obstétrique, 8e édition, p. 1055.

(2) J. Whitridge Williams, prof. d'obstétrique à la Johns Hopkins University. *Manuel d'obstétrique*, 1923.

(3) Massen. — *Journal d'accouchement de Pétersbourg*, mai-juin, 1897.

qu'elles font clairement apparaître les diverses erreurs ou négligences dont sont nées certaines observations de soi-disant adhérences anormales du placenta.

On parle abusivement d'adhérences placentaires pathologiques lorsque, en présence d'une anomalie de la contraction utérine retardant ou empêchant le décollement complet du placenta, on incrimine l'adhérence excessive de cet organe, avant même toute délivrance artificielle.

On interprète inexactement ses sensations lorsque, gêné par la contraction des muscles des organes génitaux, notamment par une contraction utérine partielle ou totale, on croit à des difficultés de décollement causées par une adhérence excessive du placenta.

Nous n'insistons pas sur les soi-disant adhérences qui naissent, dans l'esprit de certains opérateurs, des difficultés qu'ils éprouvent du fait de leur mauvaise technique.

En résumé, pour qu'on puisse à juste titre parler d'adhérence placentaire pathologique il faut :

1° Que la main introduite dans l'utérus ait permis de la constater ;

2° Que l'opérateur qui a pratiqué cette intervention ait été en possession d'une technique suffisante ;

3° Que les difficultés rencontrées aient bien été des difficultés du décollement et non des difficultés d'introduction et d'évolution de la main dans l'utérus. Ces dernières peuvent d'ailleurs coexister avec les difficultés du décollement.

***

Cela posé, on peut se demander quelle est la fréquence

des véritables adhérences anormales, c'est-à-dire des adhérences pour le diagnostic desquelles les conditions ci-dessus ont été remplies.

On reste alors surpris de la diversité des opinions émises par les auteurs.

Baudelocque, dans une lettre à Alibert, écrit : « Le mot adhérence extraordinaire du placenta est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare ».

Mme Lachapelle néglige complètement cette question.

Plus récemment, Fabre, dans son traité d'obstétrique, évalue leur nombre à deux sur dix mille accouchements.

Cependant Trousset, dans sa thèse, à laquelle nous aurons maintes fois l'occasion de revenir, fixe leur fréquence aux environs de cinq pour mille, sans toutefois, il est vrai, fournir de statistique.

Un tel écart entre les chiffres fournis indique clairement que les cas dénombrés par les différents auteurs ne doivent pas être comparables. Aussi, pour ne pas ajouter à l'obscurité du sujet, croyons-nous devoir, avant toute chose, dire de quelles adhérences anormales, dans le cadre de ce travail, nous entendons nous occuper.

Il est certain que depuis le cas célèbre de Morgagni, — où, après autopsie, le scalpel dut intervenir pour séparer le placenta de l'utérus, — jusqu'aux cas légers que Trousset publie dans sa thèse et que nous retrouverons plus loin, en passant par les faits de Hofmeier, Alexandrow, Freund, Rœderer, Tarnier, Budin, on a pu observer tous les degrés d'adhérence pathologique du placenta.

Guéniot, Auvard, Brindeau et Nattan-Larrier en ont donné des classifications qui englobent des cas allant

depuis la simple résistance aux contractions utérines jusqu'à la fusion intime et presqu'indestructible entre le tissu placentaire et le myomètre.

La définition même que nous avons donnée ci-dessus des adhérences placentaires pathologiques nous permet d'éliminer les cas où l'introduction de la main dans l'utérus n'a pas été nécessaire. Il reste les adhérences qui opposent une certaine résistance à la main, mais cèdent assez rapidement et sans trop de difficultés ; et les adhérences véritablement excessives.

C'est à ces dernières que nous réserverons le nom *d'adhérences pathologiques caractérisées*.

***

A quels traits communs pouvons-nous reconnaître ces adhérences pathologiques caractérisées. Autrement dit, quel est le critérium qui, dans l'étude des différents cas publiés, nous permettra de choisir les adhérences pathologiques caractérisées :

Est-ce l'aspect histo-pathologique des lésions ?

Constatons tout d'abord combien ce critérium serait incommode pour le dépouillement auquel on doit se livrer lorsqu'on veut établir une statistique, dépouillement d'observations où manque très généralement l'examen histo-pathologique. Mais reconnaissons que si nous trouvions une image histo-pathologique commune à tous les cas d'adhérences pathologiques caractérisées, cela serait satisfaisant pour l'esprit.

Quels sont les résultats des examens histo-pathologiques qui ont été faits ?

Ces résultats sont à la vérité assez voisins les uns des autres.

On décrit presque toujours, dans les cas où ces examens ont été concluants : une hyperplasie du tissu interstitiel de la caduque et surtout de la sérotine, qui aboutit à faire disparaître la couche spongieuse de séparation normale, soit en la supprimant par places et en donnant accès au rapport immédiat des villosités avec le muscle utérin, soit en la remplaçant par une couche de tissu dense et compacte.

Mais le problème se complique singulièrement lorsqu'on constate que ces lésions ne se rencontrent pas dans tous les cas d'adhérences pathologiques caractérisées du placenta. Et M. Demelin ruine tous nos espoirs de critère histo-pathologique lorsqu'il écrit (1) :

« Quand il y a réellement adhérences excessives de l'arrière-faix, on peut trouver au microscope des lésions incontestables, et on peut n'en pas trouver ».

Ainsi sommes-nous rejetés sur le seul critère clinique. C'est, à la vérité, le plus commode ; mais on peut l'accuser d'imprécision, parce qu'il ne donne des résultats rigoureusement comparables que lorsque l'opérateur est toujours le même.

Mais quelque chose d'objectif traduit, dans les observations d'adhérences caractérisées, les efforts de décollement auxquels l'opérateur a dû avoir recours. C'est l'état du tissu placentaire retiré par délivrance artificielle ou

(1) Demelin-Devraigne. — *Manuel de l'accoucheur*, 1924, p. 1229.

révision utérine. Ce tissu est alors toujours très morcelé. Le morcellement du tissu placentaire, lorsque l'opérateur est digne de confiance, ne se rencontre pas dans les observations d'adhérences légères qui cèdent assez facilement au travail de la main.

Ajoutons enfin que lorsque la délivrance a présenté pareilles difficultés, une revision immédiate est presque toujours jugée nécessaire, revision qui permet parfois d'intéressantes remarques sur l'état de la paroi utérine.

En somme on peut, dans la pratique, dégager des différentes observations d'adhérences pathologiques caractérisées, un certain nombre de traits purement cliniques dont l'ensemble constitue une physionomie suffisamment caractéristique.

Pour nous résumer :

Nous considérerons comme *adhérences placentaires pathologiques caractérisées*, celles qui :

a) Ont été diagnostiquées *au cours d'une délivrance artificielle ou d'une revision utérine ;*

b) L'intervention ayant été faite par un opérateur dont *la technique ne peut être suspectée ;*

c) Intervention au sujet de laquelle il a été noté que les difficultés rencontrées, et qui ont entraîné le diagnostic d'adhérences, étaient bien des *difficultés du décollement proprement dit ;*

d) Intervention qui aboutit au décollement et à l'extraction d'un *placenta morcelé* en cas de délivrance artificielle, de *débris placentaires* en cas de revision.

Cette discrimination entre adhérences pathologiques légères du placenta et adhérences pathologiques caractéé-

risées, ne saurait être considérée comme artificielle. Elle répond à une différence dans le pronostic que l'on posera lors de l'intervention. Les adhérences pathologiques caractérisées méritent d'être ainsi groupées parce qu'elles comportent — toutes choses égales d'ailleurs — un pronostic particulièrement réservé.

Nous avons appris de notre maître, M. le professeur Couvelaire, combien la simple manœuvre de la délivrance artificielle, alors même qu'elle n'est pas entourée de difficultés techniques bien grandes, devait être considérée, de par ses conséquences éventuelles, comme une intervention sérieuse.

Mais si la délivrance artificielle en général peut être ainsi envisagée, à plus forte raison devons-nous redouter les délivrances artificielles pénibles, laborieuses, qui, par leur durée, par les mouvements de sortie et de réintroduction de la main qu'elles comportent parfois, par l'insistance même avec laquelle l'opérateur peut être appelé à « sculpter » les zones d'adhérence du placenta, risquent d'être l'occasion d'inoculations répétées. C'est vraiment dans ces cas que l'on peut dire, avec Whitridge Williams : « Cette manœuvre est celle qui, au point de vue de l'infection, est la plus dangereuse de toutes les manœuvres obstétricales ».

Or, ainsi que nous l'avons dit, les adhérences pathologiques caractérisées imposent des délivrances artificielles de ce genre.

⁂

Ces caractères généraux, que nous avons attribués ci-dessus aux adhérences pathologiques caractérisées du pla-

centa, nous les avons cherché dans les observations qui nous ont servi à établir la statistique de fréquence que l'on trouvera plus loin. Nous les avons rencontrés dans les six cas de la clinique Baudelocque, reproduits ci-après, et que nous considérons donc comme des cas *d'adhérences placentaires pathologiques caractérisées.*

Observation I

(*Clinique Baudelocque. Observation* 2061 *de* 1920)

I. Pare, 25 ans.

Premières règles à 13 ans. Règles régulières. Durée 4 à 5 jours.

Gestation normale surveillée à Baudelocque. D. R. : 8-14 mars.

Début du travail le 27 novembre à 9 heures. Dilatation 15 heures.

Accouchement spontané le 27 novembre à 24 heures ; enfant vivant : 2 k. 990.

Une heure après l'expulsion du fœtus, le placenta n'est pas décollé. La femme saigne, le pouls est à 120, le facies est légèrement décoloré.

Le doigt n'arrive pas sur l'insertion placentaire du cordon.

Le moniteur de garde pratique la délivrance artificielle.

Pas de difficulté d'introduction ni d'évolution de la main.

Le placenta est partiellement décollé ; la plus grande partie est *très fortement adhérente* au niveau de la corne droite. Le *décollement ne peut en être fait que par morcellement. Révision utérine.* Poids du placenta : 460 gr.

Suites apyrétiques. Sortie le 11e jour.

OBSERVATION II

(*Clin. Baudelocque. Observation* 95 *de* 1921)

Femme de 27 ans.

Seule survivante d'une famille de 8 enfants, les autres étant morts au cours de la première enfance. Nourrie au sein, n'a marché qu'à 23 mois. Taille : 1 m. 33 ; très peu de stigmates apparents de rachitisme. Cependant bassin légèrement rétréci, annelé.

Réglée à 13 ans. Règles régulières ; durée 4 jours.

I. GESTATION (1912) : Accouchement spontané à terme, à Baudelocque. Pas d'incidents de la délivrance.

II. GESTATION (1916) : Avortement de cause indéterminée, au troisième mois ; curage digital pour hémorragie dans l'heure qui suit.

III. GESTATION : Gestation actuelle ; D. R. 29 mars-3 avril.

Gestation sans incidents ; surveillée à Baudelocque.

Début du travail le 14 janvier. Rupture précoce des membranes. Dilatation 14 heures.

Expulsion : 15 minutes. Enfant vivant de 3 k. 250.

A 15 h. 15, une heure après l'expulsion, le placenta n'est pas décollé ; l'utérus est élargi transversalement, mal rétracté, mais la femme ne perd pas de sang et le pouls est à 80. On attend.

A 16 heures : la femme perd un peu de sang, le pouls est à 96, l'utérus ne se contracte pas ; le doigt n'arrive pas sur l'insertion placentaire du cordon. Décoloration légère du faciès.

Quelques instants après, l'hémorragie ne cessant pas, et le pouls atteignant 120, le moniteur de garde fait une délivrance artificielle.

Pas de difficultés d'introduction ni d'évolution de la main.

Le placenta n'est que partiellement décollé ; une portion est demeurée *très adhérente* dans la corne utérine gauche et nécessite *un morcellement pénible.*

Révision utérine : la cavité paraît complètement vide.

Suites apyrétiques à partir du deuxième jour. Sortie le douzième jour.

Observation III

(*Clin. Baudelocque. Observation* 260 *de* 1922, *personnelle*)

I. Pare, 38 ans.

Premières règles à 11 ans. Règles régulières, durant huit jours, légèrement douloureuses.

Dernières règles : 10-14 mai 1921.

Nausées et vomissements jusqu'au 8e mois.

Hospitalisée à Baudelocque au 9e mois pour présentation du siège et albuminurie (légère et fugace).

Leucorrhée abondante ayant nécessité, pendant la gestation, des injections vaginales.

Début du travail le 19 février. Dilatation : 3 h. 30. Rupture précoce des membranes. Expulsion : 10 minutes. Accouchement spontané le 20 février à 1 h. 40 d'un enfant de 3 k. 720.

Dès la sortie de l'enfant, la femme expulse un flot de sang ; cette perte peut être évaluée environ à 400 grammes. Au bout de deux à trois minutes, tout rentre dans l'ordre. Le pouls reste bon, aux environs de 80. L'utérus est de consistance satisfaisante.

Une demi-heure après (2 h. 15), la femme présente une nouvelle hémorragie, assez abondante. Le toucher permet d'arriver facilement sur l'insertion placentaire du cordon. Le moniteur de garde tente la délivrance par simple traction du cordon et refoulement du fond utérin, et extrait sans aucune difficulté placenta et membranes, déjà descendus dans le segment inférieur et le vagin. 100 à 200 grammes de caillots sont expulsés concomitamment.

La femme ne perd plus. Le placenta, immédiatement examiné, est très épais; sa face utérine est recouverte de caillots sanguins, entre lesquels elle apparaît de couleur « chair à saucisse ». En

plusieurs points sa surface est irrégulière, déchiquetée et je conçois *des doutes sur l'intégrité du placenta.*

Je fais alors une *revision de la cavité.*

Ma main progresse aisément jusqu'au fond utérin, *évoluant facilement*, à l'intérieur de l'organe. Elle arrive sur du tissu placentaire, adhérant au fond utérin (versant antérieur).

Ce tissu placentaire est péniblement arraché. Il recouvre une masse de tissu utérin de consistance dure, du volume d'une grosse mandarine, qui semble être un fibrome sous-muqueux du fond utérin. A ce niveau, même après un curage soigneux à la main, *la paroi utérine est comme chevelue.*

Poids de la masse placentaire extraite par délivrance naturelle et des débris obtenus par révision : 680 grammes.

Membranes dissociées paraissant complètes.

Suites de couches : 38°, le soir du 4e jour, 39° le soir du 5e.

60 cc. de sérum les 5e, 6e, 7e jours (température oscillant entre 38°5 et 39°). Amélioration du 7e au 9e jour. Eruption sérique et poussée à 39° le 10e jour. Puis amélioration nette et persistante. Apyrexie du 12e au 20e jour.

Sortie le 21e jour, en bon état.

Observation IV

(*Clin. Baudelocque. Observation* 1312 *bis de* 1922)

Primipare de 28 ans.

Premières règles à 15 ans. Règles régulières durant 4 à 5 jours, peu abondantes, douloureuses le premier jour.

Gastro-entérostomie à 26 ans.

La gestation qui vient de se terminer à terme, a été bien supportée ; la femme a seulement présenté une leucorrhée abondante.

Début du travail le 2 octobre à 10 heures. Accouchement le 3, à 2 heures.

La femme est amenée à la clinique le 3 octobre à 5 heures du matin, venant de chez une sage-femme de ville, *qui n'a pu terminer une délivrance artificielle* tentée pour hémorragie

Femme pâle ; écoulement léger, mais continu, de sang rouge par la vulve. Pouls à 120, mal frappé. Le fond utérin atteint l'ombilic. La consistance de l'organe est normale.

Etant donné cet état et les renseignements recueillis, le moniteur de garde, se met en devoir de faire une révision de la cavité.

Sa main y pénètre et y évolue facilement. Mais la *masse placentaire* qu'il atteint est *très adhérente* au fond utérin et aux cornes, et c'est péniblement qu'il la décolle et l'extrait, *par morcellement.*

Les débris placentaires et membraneux recueillis pesaient 420 grammes.

L'utérus, après la délivrance, reste un peu cordiforme.

Tempéature entre 38° et 39° jusqu'au 4e jour ; puis suites apyrétiques. Sortie le onzième jour.

Observation V

(*Clin. Baudelocque. Observation* 977 *de* 1923)

Femme de 33 ans.

Premières règles à 11 ans 1/2. Régulièrement réglée. Durée des règles : 8 jours.

Syphilis décelée en 1920 à la clinique, à l'occasion d'un accouchement. Malgré les conseils qui lui avaient été donnés à cette époque, la femme ne s'est fait soigner qu'en avril 1921. Encore, depuis cette date, est-elle venue très irrégulièrement au dispensaire anti-syphilitique de la clinique.

IX gestations successives de deux procréateurs différents.

I. Gestation (1908) : Accouchement par le siège, *pas de complications de la délivrance.*

II. Gestation (1910) : Accouchement par le siège, *pas de complications de la délivrance.*

III. Gestation (1915) : Avortement provoqué au cours du deuxième mois. Suites normales. *Ni curage, ni curettage.* Retour de règles six semaines après.

IV. Gestation (1917) : Avortement au cours du troisième mois. Suites normales. *Ni curage, ni curettage.*

V. Gestation (1918) : Accouchement par le siège. *Pas de complications de la délivrance.*

VI. Gestation (1919) : Avortement provoqué au cours du cinquième mois ; gemellaire. Suites normales. Retour de règles six semaines après.

VII. Gestation (1920) : Accouchement par le siège, à terme, à Baudelocque (obs. 2068). Au cours même du travail et de la délivrance on put faire le diagnostic de l'existence de plusieurs petits noyaux fibromateux sur le versant antérieur de la partie gauche du fond utérin et d'un fibrome plus volumineux en bas et à droite.

Rupture spontanée précoce des membranes. Dilatation : 28 h. Expulsion : 5 minutes. Accouchement spontané. Enfant de 3 k. 450 (atteint d'un bec de lièvre).

Délivrance artificielle pour hémorragie, *sans difficultés* (placenta 820, inséré sur le segment inférieur).

Suites de couches fébriles, au cours desquelles on trouve, par ailleurs, un Hecht positif, une éruption suspecte de la face antérieure du cou et des lésions de syphilis linguale. Sortie au vingtième jour.

VIII. Gestion (1922) : Gemellaire. Accouchement à terme à Baudelocque (obs. 433).

Dilatation : 10 h. 30. Rupture artificielle des membranes à dil. comp. 1er fœtus : sommet ; expulsion spontanée (poids 3 k. 130) ; 2e fœtus : siège, spontané (3 k. 450).

(Au cours du travail on a noté la présence de trois masses fibromateuses sur l'utérus).

Peu après l'expulsion du second fœtus, l'utérus présente un

certain nombre de contractions assez régulièrement espacées. Entre chaque contraction la femme présente une hémorragie continue, si bien que la quantité de sang perdu finit par être assez notable. Le pouls, de 80, monte graduellement à 110 pulsations.

Le chef de clinique adjoint, décide de pratiquer la délivrance artificielle.

L'intervention a lieu 35 minutes après l'expulsion du second fœtus.

Le vagin est étiré vers le haut et vers la gauche; l'utérus, très élevé, refoulé dans la même direction par un fibrome, du volume d'une tête de nouveau-né, qui est accolé au segment inférieur le long de son bord droit et qui remplit la fosse iliaque droite.

Il *n'est pas noté de difficultés d'introduction de la main dans la cavité ;* celle-ci est irrégulière, présente : une grande corne droite, au plafond de laquelle on trouve un placenta, et séparée de la première par un éperon assez notable ; une petite corne gauche, sur la face postérieure de laquelle s'insère le second placenta.

Les deux placentas adhérent très fortement et sont péniblement extraits (433 gr. et 410 gr.)

Révision de la cavité sous injection intra-utérine aniodolée : Elle apparaît lisse, sauf en deux endroits : au niveau des cornes utérines où se trouvaient les adhérences les plus solides. *On y perçoit de petites aspérités qu'il est impossible de détacher.*

L'exploration à l'aide de la main intra-utérine et de la main abdominale a permis de déterminer la situation exacte des fibromes : un latéro-inférieur droit (déjà décrit) qui se contractait très nettement avec l'utérus ; un autre, gros comme une orange, sur la corne gauche ; un troisième, du même volume que le précédent, un peu au-dessous de lui.

Suites de couches subfébriles pendant les dix premiers jours apyritiques du dixième au dix-septième jour.

Sortie le dix-huitième jour.

IX. Gestation (1923) : D. R. 8-12 octobre 1922.

Rien à signaler pendant la gestation.

Accouchement spontané à terme, le 24 juillet 1923, à Baudelocque (obs. 977) O. I. G. A. Dilatation : 6 h. 40 ; rupture artificielle des membranes à dil. comp. ; expulsion 10 minutes. Enfant 5 k. 130.

Immédiatement après l'accouchement, on note que la tumeur utérine se présente sous l'aspect d'une tumeur bilobée comprenant : la masse utérine principale, laquelle se contracte assez mal, et, au-dessus d'elle et à gauche, une masse dure, fibromateuse.

La femme perd peu à peu une certaine quantité de sang liquide, mêlé de caillots (dont le poids total a pu être, par la suite, apprécié à 800 grammes environ). Les contractions utérines se réveillant et la femme ne perdant presque plus de sang, on décide d'attendre.

Quelques minutes après (45 minutes après l'expulsion du fœtus), la femme se sent brusquement très mal. Elle pâlit ; son nez se pince ; le pouls monte à 120.

La première sage-femme de la clinique, procède à la délivrance artificielle.

Placenta très fortement adhérent sur presque toute son étendue, surtout au niveau de la corne gauche ; il est mou et étalé sur une large surface, en sorte qu'on a l'impression « qu'il y a du placenta partout ». *Il n'a pu être décollé qu'avec beaucoup de difficulté, petit à petit, et tout morcelé.* L'aire placentaire demeure rugueuse et *il reste certainement de très légers débris qui font corps avec l'utérus.*

Suites de couches : température autour de 39° pendant les cinq premiers jours après l'accouchement, s'infléchissant autour de 38° du cinquième au dixième jour. Congestion pulmonaire double au douzième jour ; puis phlébite au quinzième jour. Descente thermique du vingt-cinquième au vingt-septième jour, coïncidant avec défervescence des phénomènes pulmonaires ; puis installation de signes d'insuffisance cardiaque qui entraînent la mort au tente-sixième jour.

Observation VI

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 1.000 de 1923)

I. Pare de 24 ans.

Premières règles à 14 ans. Régulièrement réglée depuis.

Dernières règles : 25 au 31 octobre 1922.

Aurait été suivie pendant sa gestation dans une consultation pour femmes enceintes, en ville. Aurait eu de l'albumine dans ses urines et aurait été mise de ce fait au régime lacté.

A l'entrée à la clinique, au début du travail il a été impossible d'obtenir des urines ; la tension était à 14-6 1/2 (Pachon).

Dans les suites de couches, des traces d'albumine ont été trouvées, de façon d'ailleurs très fugace.

Accouchement spontané au voisinage du terme, le 30 juillet 1923, à Baudelocque.

Dilatation 15 h. Rupture spontanée, tempestive ; expulsion 30 minutes. Enfant vivant : 3 k. 420.

2 h. 10 après l'accouchement, le placenta n'est pas décollé.

Le moniteur de garde, décide de pratiquer une délivrance artificielle, sous anesthésie légère.

Introduction et évolution faciles de la main à l'intérieur de l'utérus. Le placenta est inséré sur la paroi postérieure et la paroi latérale droite. *Il est très adhérent*, son décollement est laborieux, très long, très pénible, *et on est obligé de le morceler.*

Injection aniodolée et revision. La paroi utérine semble débarrassée de tous débris placentaires ; cependant des réserves doivent être faites à ce sujet.

Le placenta, complètement déchiqueté, pesait 600 grammes. Suites de couches : température entre 38° et 39°, pouls entre 110 et 120, du troisième au septième jour après l'accouchement, température autour de 38° et pouls autour de 100 du huitième au quatorzième jour ; puis apyrexie jusqu'au quarante-cinquième jour, date de la sortie (femme retenue à la clinique pour

cicatrisation d'une escharre consécutive à une injection de sérum adrénaliné).

***

Les six cas d'adhérences pathologiques caractérisées qui précèdent proviennent des observations d'accouchements pratiqués à la clinique Baudelocque.

Nous avons pensé en effet que nous ne pouvions mieux faire, pour nous rendre compte de la fréquence des adhérences pathologiques caractérisées, telles que nous les avons définies, que de dépouiller toutes les observations d'accouchements à terme ou au voisinage du terme, pratiqués pendant une assez longue période dans une même clinique. Nous trouvons en effet, à cette façon de procéder, de nombreux avantages ; et, notamment, des garanties quant à l'unité de la technique employée.

Nos investigations ont porté sur la période qui s'étend du 1er janvier 1920 au 31 juillet 1923.

Les observations des accouchements qui ont eu lieu à la clinique Baudelocque pendant ce temps ont été toutes dépouillées par nous, et nous n'avons pas hésité, dans certains cas, à faire appel aux souvenirs des collègues dont la signature figurait sur l'observation. Nos fonctions à la clinique nous ont mis en rapport avec la plupart d'entre eux et, notamment, avec tous ceux qui ont eu l'occasion d'observer un cas d'adhérences pathologiques caractérisées. Cette heureuse circonstance nous a permis de préciser certains points importants.

Pendant cette période de 43 mois, il y a eu à Baudelocque même 5.015 accouchements à terme ou au voisi-

nage du terme ; l'appréciation de cette dernière circonstance étant faite tant par la date des dernières règles que par le poids de l'enfant.

Sur ces 5.015 observations (qui portent sur les périodes de gestation, d'accouchement, de délivrance et de suites de couches), nous n'avons trouvé que six cas d'adhérences placentaires pathologiques caractérisées.

Le pourcentage que l'on pourrait établir à l'aide de ces deux nombres ne correspondrait pas encore complètement à la réalité des faits. Il faudrait, pour être rigoureusement exact, ajouter aux 5.015 accouchements à terme, qui ont eu lieu à la clinique même, tous ceux qui ont été pratiqués chez des sages-femmes agréées dépendant de la clinique et dont le nombre atteint environ les deux tiers du nombre des accouchements qui ont eu lieu par les voies naturelles à Baudelocque même, pendant la même période.

Notre connaissance des conditions de fonctionnement du service nous permet de penser que si un cas d'adhérence placentaire caractérisée s'était produit, pendant la période qui nous intéresse, chez une de ces sage-femmes, le personnel de garde aurait été appelé à l'observer. Nous pouvons donc admettre que sur tous les accouchements à terme ou au voisinage du terme, qui ont eu lieu, tant à la clinique même que chez les sage-femmes agréées dépendant de la clinique, et dont le nombre peut être fixé, avec une approximation suffisante, autour de 8.000, il n'y a eu que six cas d'adhérences placentaires pathologiques caractérisées.

La proportion est donc de moins de un pour mille.

Ainsi se trouve vérifiée la notion primordiale de l'ex-

trême rareté clinique des adhérences pathologiques caractérisées du placenta.

2° Etude des adhérences pathologiques caractérisées du placenta dans leur rapport avec le curettage antérieur

Pour rares que soient les adhérences pathologiques caractérisées, elles n'en constituent pas moins une lésion susceptible d'avoir des conséquences très graves. Et l'on conçoit que l'attention des auteurs ait été longuement retenue par la question des causes de pareille lésion.

Avant même que les lésions traumatiques de la paroi utérine et, notamment le curettage, aient été incriminées dans la genèse des adhérences pathologiques du placenta, bien d'autres processus morbides avaient été accusés de pouvoir les produire.

Il ne nous semble pas inutile de les énoncer brièvement ici ; d'une part, parce que cela nous permettra de faire remarquer que certains de ces processus sont susceptibles eux-mêmes d'entraîner un curettage, ce qui n'est pas sans intérêt pour l'appréciation des difficultés de la question ; d'autre part, parce que certains de ces processus seront relevés dans les observations que nous citons plus loin.

Atrophie de la caduque (Hofmeier), prolifération excessive de l'ectoderme fœtal (Freund), excès de développement (Neumann) ou dégénérescence fibro-graisseuse des villosités choriales (Hégar, Schrœder, Kaltenbach, Berry'Hart), placentite véritable (Brachet, Simpson), endométrite (Cohnstein, Léopold, et notamment endométrite

avec endartérite placentaire oblitérante (von Franque), tels sont les processus qui ont été successivement invoqués. Les travaux dont ils ont été l'objet ont parfois apporté quelques précisions sur la pathogénie de certains cas d'adhérences placentaires excessives ; mais ils ne jettent que peu de clarté sur leurs causes réelles.

Pour Brindeau et Nattan-Larrier (1), la plupart des affections successivement incriminées n'ont qu'un effet prédisposant. C'est ainsi qu'agiraient les hémorragies inter-utéro-placentaires (Stolz, Dubois, Jacquemier), les lésions albuminuriques ou syphilitiques du placenta ou l'insertion du placenta sur le segment inférieur (Sanger, Schauta, Maxwell), l'insertion placentaire dans l'un des angles de l'utérus (Bar, Ahlfeld, Boyer), les fibrômes sous-muqueux (Wertheim, Maygrier, Helley, Schwarzenbach), l'endométrite chronique.

Quant à la lésion elle-même, Brindeau et Nattan-Larrier ne semblent pas loin de la considérer le plus souvent comme une maladie autonome de la caduque.

A côté de ces processus pathologiques proprement dits, Guéniot (2), dès 1874, fait une part à l'absence du travail qui, physiologiquement, prépare le clivage de la caduque ; ce travail, selon lui, commencerait vers le 5e mois de la gestation.

« Cette interprétation, dit Démelin (3), estimée insuffi-

---

(1) Brindeau et Nattan-Larrier. — *Bull. et Mém. Soc. d'Obst et de gyn. de Paris*, 1905, p. 274.

(2) Guéniot. — Leçons sur les adhérences placentaires. *Gazette des Hôpitaux*, 1874.

(3) Demelin-Devraigne. — *Manuel de l'accoucheur*, 1924, p. 1230.

sante et vague jusqu'à présent, prend une réelle valeur aujourd'hui, où nous commençons à connaître l'action exercée par les sécrétions internes de l'ovaire, du corps jaune, de la caduque elle-même, sur les transformations gravidiques de la muqueuse utérine.

Nous avons indiqué, dès le début de ce travail comment Neumann avait posé la question de l'influene des lésions traumatiques de la paroi utérine sur la production ultérieure d'adhérences pathologiques du placenta ; et comment Trousset, inspiré par son maître, M. Demelin, avait été amené à la résoudre.

Son opinion est évidemment celle d'un accoucheur, dont l'attention est volontiers sollicitée par les conséquences obstétricales des interventions chirurgicales.

Les chirurgiens, en général, sont moins pessimistes : J. Fiolle, dans son excellente monographie sur le curettage utérin, étudiant, il est vrai, les résultats du curettage pour métrite hémorragique, ne craint pas d'écrire : « Le curettage ne compromet en rien la vie génitale de la femme... L'accouchement ne présente aucune particularité tenant à l'opération antérieure ».

A priori, il semble possible que le curettage soit capable de créer sur la paroi utérine une blessure dont la cicatrisation provoquerait en ce point, au cours d'une gestation ultérieure, une adhérence pathologique du placenta. Il peut s'agir d'un curettage *appuyé* pour métrite hémorragique, parfois pratiqué dans « un de ces gros utérus rétrofléchis, à circulation gênée, ramollis par une congestion veineuse permanente » dont Rebreyend conseille de se méfier tout particulièrement. Il peut s'agir aussi d'un

curettage post-abortum, pis encore : post-partum, dans un utérus infiltré, ramolli par la gestation ou l'infection, et que la curette mousse, elle-même, bien que maniée avec douceur, prudence et habileté, risque de blesser facilement.

Dans les deux cas un coup de curette peut dépasser la muqueuse, entamer cette zone où le chorion conjonctif de la muqueuse utérine normale est intimement lié au tissu conjonctif interfasciculaire du muscle utérin ; et le tissu scléreux de la cicatrice pourra solidariser des éléments au travers desquels doit passer plus tard le plan de clivage de la caduque à terme.

Cela est d'autant plus à craindre que la cicatrisation se fait en milieu septique, cas fréquent après curettage post-abortum ou post-partum.

Mais, si vraisemblable que nous apparaisse cette pathogénie, il nous reste à en vérifier la réalité.

On ne saurait espérer que les constatations histo-pathologiques, nous en fournissent le moyen : ni les recherches de Richter (1), ni les travaux de Pinto (2) ou de Pichevin (3) n'ont encore éclairé le problème.

C'est donc par l'étude attentive des observations cliniques que nous arriverons peut-être à nous faire une opinion sur les rapports qui peuvent exister entre le curettage et les adhérences placentaires au cours des accouchements ultérieurs.

---

(1) Richter. — *Gynæk. Randschau*, 1914, B. 8, p. 45.

(2) Pinto. — Recherches histologiques sur le curettage post-abortum. *Arch. d'obst.*, avril-mai 1906.

(3) Pichevin. — *Société d'obst. et de gynéc. de Paris*, 14 mars, 11 avril, 9 mai 1895.

Pour circonscrire notre sujet, convenons, dès l'abord, qu'il ne saurait être question ici que de cas d'adhérences pathologiques caractérisées, telles que nous les avons définies plus haut. Rappelons également que, pour les raisons déjà exposées, notre enquête clinique n'a porté que sur des accouchements à terme ou près du terme.

***

Examinons les observations qui ont été apportées à l'appui de la thèse de l'influence du curettage sur la formation d'adhérences placentaires pathologiques et voyons dans quelle mesure elles peuvent entraîner la conviction.

Signalons, avant toute chose, une des causes qui rendent l'interprétation, des observations particulièrement délicate : le curettage est souvent pratiqué pour un processus morbide susceptible d'expliquer lui-même, pour son propre compte, la formation d'adhérences placentaires ultérieures.

Cette réserve d'ordre général étant faite, passons à l'étude critique des observations.

Sans remonter jusqu'aux observations de Neumann, prenons les observations les plus récentes :

Trousset, dans sa thèse, publie dix cas d'adhérences placentaires chez des femmes antérieurement curettées.

Les observations 2, 4, 5, 7, 8 ont rapport à des délivrances après expulsion d'enfants de 1 k. 150 gr., 2 k. 200 gr., 1 k. 650 gr., 2 k. 350 gr., 2 k. 700 gr., tous prématurés. Nous les écartons.

Il reste les observations 1, 3, 9 et 10.

Observation I *de la thèse de Trousset*

« M^me^ X..., secondipare. Bien portante habituellement, mais adipeuse. Premier accouchement il y a quelques années. Suites de couches septiques. A eu à cette occasion un *curettage* appuyé. Trois mois de lit consécutifs.

« Deuxième accouchement à terme le 9 septembre 1919, par le docteur S... Accouchement avec précautions aseptiques fait avec des gants. Expulsion spontanée d'un enfant vivant. Puis hémorragie de la délivrance causée par des *adhérences partielles et tenaces du placenta.*

« *Délivrance artificielle rendue assez laborieuse par ces adhérences et suivie d'un curettage immédiat.*

« Suites de couches fébriles. On fait un deuxième curettage modéré qui ne ramène pas de débris nouveaux, mais qui est loin d'abaisser la température.

« Appelé le neuvième jour des suites de couches, c'est-à-dire le 18 septembre au soir, M. Demelin trouve la température à 40°, en plateau depuis 24 heures. Le pouls est à 124. L'utérus est gros comme une forte mandarine. Le col ouvert permet le toucher intra-utérin jusqu'au fond de l'organe.

« Il ne reste rien comme débris solides.

« Lymphophlébite des ligaments larges.

« Traitement général. Abcès de fixation.

« Entrée en convalescence au cinquantième jour. »

On est justifié à se demander s'il s'agit bien là d'une adhérence placentaire pathologique caractérisée. La description des difficultés de la délivrance est incomplète. L'état du placenta n'est pas noté. Les suites de couches fébriles s'expliquent peut-être suffisamment, en dehors de toute adhérence excessive ayant nécssité des manœu-

vres intra-utérines longues et laborieuses, par les deux curettages successifs pratiqués l'un après la délivrance, l'autre pendant les suites de couches.

Observation 3 de la thèse de Trousset

Maternité de Lariboisière (personnelle)

« M^me^ J..., 25 ans, secondipare.

« *Antécédents.* — N'a jamais été malade. Premiers pas à onze mois. Réglée à 14 ans.

« Le 4 novembre 1918, avortement de 6 mois. Entre immédiatement à l'hôpital. Le 5 novembre, c'est-à-dire le lendemain, au matin, bien qu'elle n'ait eu aucune hémorragie ni ascension de température, on lui fait un *curettage*.

« Sortie de l'hôpital le 10 novembre, en bonne santé.

« Deuxième grossesse. — Souffre pendant toute sa grossesse du côté gauche.

« Accouchement normal le 16 septembre, d'une fille vivante de 3 k. 250 gr.

« L'accouchement est fait chez une sage-femme agréée.

« Trois quarts d'heure après l'accouchement, le placenta n'est pas décollé. La femme perd légèrement. On attend 2 heures. Assez brusquement la malade se sent mal, le sang coule à flots. Injection très chaude.

« Exploration manuelle de la cavité utérine. Une partie du placenta adhère du côté gauche dans la corne gauche. *Pas d'enchatonnement.* L'adhérence est anormale. *Il y a impossibilité de trouver un plan de clivage* entre le placenta et la paroi utérine. L'adhérence est surtout marquée sur une surface égale à peu près à la paume de la main. *On est obligé de pétrir ce placenta pour l'enlever.* L'hémorragie s'arrête aussitôt après la délivrance artificielle. Le placenta, quoique *très déchiqueté*, paraît

complet ; poids 540 gr. Membranes intactes. Suites de couches normales. Pas d'infection ».

Cette observation est intéressante en ce sens que, personnelle à Trousset, elle donne des détails suffisants, tant sur l'absence de contraction utérine localisée que sur les difficultés du décollement et l'état du placenta.

Il semble bien qu'il s'agisse là d'une adhérence pathologique caractérisée.

L'observation serait plus probante s'il y avait eu, avant le curettage, un accouchement à terme sans complications de la délivrance.

L'avortement de six mois peut laisser le champ libre à bien des hypothèses, notamment à celle d'une endométrite, que la pauvreté des antécédents rapportés ne suffit pas à exclure.

(A noter la précipitation injustifiée, sur laquelle insiste Trousset, avec laquelle cette malade a été curettée lors de son avortement).

Observation 6 de la thèse de Trousset

Maternité de Lariboisière (*avril* 1918)

« M^me^ T..., 31 ans. VIII^e^ pare. *Passé pathologique :* néant.

« *Grossesses antérieures.* — Six accouchements spontanés à terme (peut-être un curettage après un accouchement). Deux enfants morts en bas âge. Une fausse-couche de 2 mois, il y a 18 mois, suivie d'un *curettage*. Pas d'hémorragie avant les curettages.

« *Grossesse actuelle.* D. R. : 10 juillet. Premières douleurs 27 avril, 21 heures. Accouchement spontané à terme, 23 heures. Garçon vivant. Poids : 3 k. 150 grammes.

Hémorragie avant la délivrance assez abondante. Placenta incomplètement décollé. Le pouls est à 100.

« Le placenta est inséré sur la face antérieure de la cavité utérine et d'une adhérence anormale sur une surface d'environ 4 centimètres carrés.

« La révision utérine faite après la délivrance montre à l'endroit de l'adhérence, des irrégularités de la muqueuse utérine se traduisant par des dépressions verticales, longues d'environ 3 centimètres.

« Ecouvillonnage. Injection utérine iodée. La malade part sur sa demande. »

Pas de renseignements sur l'état de la contraction utérine ; pas de description du placenta. Nous hésitons à considérer ce cas comme une adhérence pathologique caractérisée.

Observation 9 de la thèse de Trousset

Maternité de Lariboisière (4 octobre 1916, n° 1314)

« M^me^ A..., 28 ans, VI^e^ pare. *Antécédents personnels :* aurait eu les fièvres paludéennes.

« *Grossesses antérieures.* — Deux accouchements à terme, enfants vivants. Trois fausses-couches dont deux furent suivies de *curettage* pour infection.

« *Grossesse actuelle.* — Dernières règles, 26 décembre. Evolution normale de la gestation. Premières douleurs le 4 octobre, à 4 heures. Accouchement spontané à 13 heures, chez la malade.

« Le délivre ne se décollant pas et la femme ayant une hémorragie grave, la sage-femme essaie de pratiquer la délivrance artificielle. Mais le placenta est très adhérent ; elle ne peut le décoller qu'en partie et ne peut l'extraire.

« La femme perdant toujours, entre à la Maternité de Lariboisière, à 18 heures.

Etat général mauvais, femme exsangue, muqueuses décolorées, pouls petit, rapide, incomptable, irrégulier. La femme ne perd plus, l'utérus est gros et mou, remontant aux environs de l'ombilic. Dès son arrivée, on lui fait une injection d'huile camphrée et l'interne de service pratique la délivrance artificielle.

« Le placenta en partie décollé se trouve en partie dans le vagin, mais *une portion reste adhérente à la face antérieure* de l'utérus. Derrière se trouve une quantité de sang liquide et de caillots. On fait ensuite l'examen de la cavité utérine ramenant des débris placentaires et des membranes. On fait un curettage suivi d'un écouvillonnage et d'une injection utérine iodée. *Placenta déchiqueté* pesant 300 grammes.

« Après la délivrance, pas de nouvelles pertes, le pouls est toujours rapide.

« La malade est transportée à l'isolement le 8 octobre pour température et lochies fétides.

« Le 9 octobre, révision utérine : L'utérus ne contient aucun débris. Le 17 octobre, la malade part sur sa demande. »

« L'utérus est gros et mou », dit l'observation ; par conséquent les difficultés ne devaient pas être autre chose que des difficultés du décollement. Mais elles sont décrites d'une façon assez incomplète : l'adhérence de la masse placentaire constatée au cours de la délivrance artificielle, faite par l'interne de Lariboisière, est mal caractérisée et ne paraît pas avoir été forte ; cependant le placenta est déchiqueté.

L'observation dix de la thèse de Trousset, extraite de la thèse de Gagnères (1) n'est pas un cas d'adhérence pathologique caractérisée. L'opérateur a noté lui-même : adhérence partielle légère.

---

(1) Gagnères. — *Thèse de Paris*, 1903, n° 398.

Observation de Jacobs (de Bruxelles)

Tirée de la communication faite le 4 juin 1921, par Jacobs, à la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique

« Femme de 43 ans. V° pare. Ayant toujours eu une bonne santé.

« Les trois premiers accouchements furent tout à fait normaux.

« L'avant-dernier accouchement (4°) nécessita une version, *et fut suivi de rétention placentaire*, laquelle fut abandonnée à elle-même sans soins spéciaux, ce qui nécessita un *curettage* sept semainees après l'accouchement.

« Trois ans après ce quatrième accouchement la femme redevint enceinte ; grossesse sans symptômes anormaux.

« Accouchement à terme le 23 mai 1921. Présentation du siège. Version facile.

« Une demi-heure après, le praticien tenta l'extraction du placenta dont l'impulsion ne se faisait ni spontanément, ni normalement ; mais il ne put extraire qu'une partie des membranes et un petit débris de placenta. Il voulut en extraire le restant à la main, mais rencontra des adhérences si intimes entre le placenta et les parois utérines qu'il dut renoncer à toute manœuvre. Comme il n'y avait pas d'hémorragie, il remit l'extraction à plus tard.

« Le surlendemain 25 mai, signes d'infection et pertes sanguinolentes.

« Le 26 mai, Jacobs pratique un curettage. « Je promène, dit-il, dans la cavité utérine toute la série de curettes mousses et tranchantes dont je puis disposer, mais je ne parviens à ramener que quelques débris placentaires et membraneux qui ne répondent pas du tout au développement utérin. Les doigts introduits dans la cavité utérine permettent de se rendre compte que presque toute la muqueuse intra-utérine est encore recouverte de placenta et que celui-ci est à ce point adhérent qu'il fait pour ainsi dire corps avec elle ».

» Hémorragies abondantes. Aggravation de l'état général et des signes infectieux pendant l'après-mid.

» Le 27, Jacobs pratique l'hysterectomie vaginale, sans incident : La pièce anatomique — qu'il présente quelques jours plus tard, à la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique — démontre l'union intime existant entre le placenta et les parois utérines ».

L'observation ci-dessus est bien celle d'un cas d'adhérence caractérisée du placenta. Mais elle ne permet pas d'établir, rigoureusement, un rapport clinique de cause à effet entre le curettage antérieur et l'adhérence exagérée du placenta ; et son auteur ne l'a d'ailleurs pas publiée dans cet esprit. Si, en effet, les trois premiers accouchements furent normaux, le quatrième, survenant avant tout curettage, fut suivie d'une rétention placentaire sur le mécanisme de laquelle aucun renseignement n'a été fourni.

Observation de Vignes (inédite)

Cette observation, que nous devons à M. le Dr Vignes, accoucheur des hôpitaux, n'a pas encore été publiée. Nous l'avons choisie parmi celles que M. Vignes a eu la bienveillance de mettre à notre disposition et sans qu'il nous l'ait donnée comme démonstrative de rapports de cause à effet entre curettages et adhérences placentaires. Nous la publions surtout parce que elle nous permet de poser un problème qui nous semble intéressant.

« Mme D..., 24 ans. Premières règles : 17 ans, généralement bien réglée, tous les 28 jours, durée 7 jours, non douloureuses, habituellement épistaxis pendant les règles.

« *Passé pathologique* : fièvre typhoïde et ostéite en 1914.

« I. Gestation (1918) : Rétroversion constatée au début de la

gestation ; aucun accident ultérieur de ce fait, gestation bien supportée. Constipation opiniâtre.

« II. Gestation en 1919 : Elle présente après des troubles du rythme des règles des symptômes douloureux, des vomissements, quelques pertes de sang. Elle est alors vue par un confrère qui aurait pensé à une métrite et peut-être à une fausse-couche et pratique un *curettage*.

« L'intervention est suivie d'une aggravation des phénomènes douloureux et des pertes de sang. La malade consulte un chirurgien qui pose le diagnostic de gestation ectopique.

« Ce diagnostic est vérifié par l'intervention au cours de laquelle M. Lecène trouve une hématocèle grosse comme le poing et une ectopique droite ; l'opération se termine par l'ablation des annexes droites et d'une partie de l'ovaire gauche.

« III. Gestation : Dernières règles février 1920. En juillet : perte de sang. Un médecin lui aurait dit que « l'œuf s'était ouvert après résorption du fœtus ». En octobre : nouvelle perte de sang qui amène à pratiquer un curettage, lequel n'aurait pas ramené de débris.

« IVe Gestation : D. R. 10-15 mars 1921.

« En avril perd du sang pendant deux jours à peu près, à l'époque de ses règles.

« Vers le 15 mai : menace d'avortement, à l'occasion de laquelle elle est vue pour la première fois, par M. Vignes.

« M. Vignes note, à l'occasion d'un examen complet :

« Grande jeune femme pâle ; agénésie totale des sourcils. Le père, la sœur, le neveu de la malade présentent des troubles thyroïdiens bien caractérisés ».

« Le 6 janvier 1922, début de travail à l'occasion de phénomènes de grippe (température à 38°6 pendant 3 jours). La femme est d'ailleurs au voisinage du terme.

« Durée du travail : 6 heures. Accouchement spontané.

« Les douleurs correspondant aux contractions utérines de la période de délivrance se succèdent sans qu'apparaissent les signes de descente placentaire ; mais chaque contraction s'accompagne d'une hémorragie assez notable.

« 1 h. 15 après l'accouchement, M. Vignes fait une injection de un centimètre d'extrait hypophysaire Choay. Les douleurs sont renforcées. Mais le décollement placentaire ne se manifeste pas. 1 h. 45 après l'accouchement la délivrance naturelle n'étant pas réalisable et la femme continuant à perdre du sang (quantité totale de sang perdu : environ 1 litre) M. Vignes pratique la *délivrance artificielle.*

« Il se heurte à de grosses difficultés qui sont des *difficultés de décollement :* la main, gantée d'un gant de Chaput, évolue en effet sans aucune gêne dans la cavité utérine, et la médication hypophysaire ne peut être accusée d'avoir provoqué, dans ce cas, de phénomènes de contracture localisée ou généralisée.

« Ces difficultés sont très grandes sur un quart de la surface placentaire environ et nécessitent de *sérieux efforts.*

« V. Gestation : Au cours de l'année 1922, la malade allaite son enfant ; puis ses règles reparaissent, régulières.

« Le 28 juillet elle est normalement réglée.

« Le 5 septembre : règles (avec quelques jours de retard). Pas de règles en octobre. Le 5 novembre, légère perte de sang, puis pertes séro-sanguinolentes pendant tout le mois. Ces pertes reparaissent quelques jours fin avril. Vers la mi-juin : faux début de travail.

« Accouchement au voisinage du terme le 13 juillet, spontané, après 2 heures de douleurs.

« *Délivrance artificielle* pour hémorragie inquiétante par sa continuité et non décollement placentaire, 1 heure environ, après l'accouchement. Opérateur : M. Vignes. *Pas de difficultés d'évolution de la main.*

« *Décollement très difficile sur deux zones d'adhérences serrées.*

La constatation par M. Vignes, au cours des deux délivrances artificielles que cette femme a dû subir après ses deux derniers accouchements, de difficultés très grandes du décollement, nous permet de classer cette observation

parmi les cas d'adhérences pathologiques caractérisées ; mais pouvons-nous conclure à un rapport de cause à effet entre les deux curettages antérieurs et ces accidents de la délivrance ?

Il n'est pas certain, à étudier de près cette observation, qu'on ne se trouve pas là en présence d'un cas de dysthyroïdie fruste : les résultats du premier examen complet pratiqué par M. Vignes, les antécédents héréditaires et collatéraux militent en faveur de cette hypothèse. L'existence d'un avortement à la troisième gestation et d'alertes fréquentes avec pertes de sang au cours de la dernière gestation, ne sont pas de nature à nous la faire rejeter.

Cette observation serait ainsi à rapprocher d'une autre observation du même auteur et qui a fait l'objet d'une communication à la société de biologie (1).

Dans ce dernier cas, à la vérité plus net comme dysthyroïdie que celui qui nous occupe, Vignes avait eu également à constater une adhérence placentaire anormale, mais non point une adhérence pathologique vraie caractérisée. L'observation qu'il avait publiée avec Cornil à cette occasion comportait un examen histo-pathologique qu'il resumait ainsi : « Cette caduque, arrivée au terme de la gestation ressemble par tous ces caractères à une caduque jeune ».

Et il concluait : « Il est très possible que cette « fausse endométrite » soit une dysgénésie de la caduque, due à l'insuffisance thyroïdienne ».

---

(1) Vignes et Cornil. — Insuffisance thyroïdienne et stérilité. Soc. de biologie. 29 Avril 1922, et *Progrès médical*. 17 Juin 1922.

Nous pensons avoir suffisamment insisté sur les quelques observations qui précèdent pour pouvoir nous permettre de conclure :

1° Que les observations complètes d'adhérences pathologiques caractérisées, après accouchement à terme, chez des femmes antérieurement curettés, paraissent peu nombreuses ;

2° Qu'elles sont souvent d'une interprétation difficile et que le rapport, même purement clinique, entre le curettage et l'adhérence ultérieure ne ressort pas toujours à l'évidence de leur analyse.

***

Et d'ailleurs ce n'est point par l'étude de semblables observations que nous pourrons atteindre à la solution du problème que nous tentons de résoudre. Ce sur quoi nous voulons nous faire une opinion, ce n'est pas sur la *possibilité* d'un rapport pathogénique entre le curettage et les adhérences ultérieures, mais sur la *fréquence* de ce rapport. Cette notion de fréquence est intéressante au premier chef, parce qu'elle pourrait entrer en ligne de compte parmi les éléments qui nous détermineront à prendre telle ou telle décision, quant à l'opportunité d'un curettage.

La question que nous nous posons est donc la suivante :

Les adhérences pathologiques caractérisées du placenta sont-elles plus fréquemment rencontrées chez les accouchées qui ont antérieurement subi un ou plusieurs curettages, que chez les autres parturientes ?

Reportons-nous à la statistique des observations des femmes accouchées à la clinique Baudelocque du 1er janvier 1920 au 31 juillet 1923.

Pendant cette période 5.015 femmes ont accouché à la clinique même, à terme ou au voisinage immédiat du terme.

Sur ces 5.015 parturientes, 4.915 n'avaient jamais subi de curettage, 101 avaient été curettées (1 : 4 fois ; 2 : 3 fois ; 6 : 2 fois ; 92 : 1 fois).

Nombre de cas d'adhérences pathologiques caractérisées ; chez les 101 femmes antérieurement curettées... 0.

Nombre de cas d'adhérences pathologiques caractérisées chez les 4.915 femmes n'ayant jamais été curettées... 6.

(Ces six cas d'adhérences vraies caractérisées sont ceux que nous avons publiés plus haut).

Pouvons-nous, à partir de ces nombres, établir deux rapports comparables nous permettant de mettre en regard deux pourcentages établis, l'un pour les femmes curettées, l'autre pour les femmes non curettées.

Il ne nous semble pas que nous soyions autorisés à le faire ; les deux séries de femmes sur lesquellees ont porté nos investigations sont d'un ordre de grandeur trop différent (101 et 4915).

Cependant les chiffres ci-dessus gardent une réelle valeur. Que sur 101 femmes antérieurement curettées nous ne trouvions pas un seul cas d'adhérences pathologiques *caractérisées* ; qui sur six cas d'adhérences *caractérisées*, nous ne trouvions pas un seul cas de curettage antérieur, voilà qui n'est pas pour nous faire concevoir de grandes

craintes quant à la fréquence du rapport pathogénique : curettage, adhérences pathologiques du placenta.

Et notons que — on pourra s'en assurer par la lecture des observations rapportées plus loin — l'immense majorité des cas de curettage sur lesquels notre statistique a porté, sont des cas de curettage post-abortum et même — assez souvent — post-partum ; c'est-à-dire des cas où semblent réalisées les conditions optima pour la création de cicatrices évoluant ultérieurement vers l'adhérence placentaire.

Signalons par ailleurs, en passant, et sans vouloir en tirer aucune conclusion hâtive, que si, parmi nos six observations d'adhérences pathologiques caractérisées du placenta, nous n'avons pas une seule observation portant sur une femme ayant été curettée antérieurement, deux de ces observations (obs. III et obs. V) ont trait à des femmes porteuses de fibromes utérins.

II. De la plus grande fréquence des Délivrances artificielles chez les Femmes antérieurement curettées

Si la fréquence des adhérences pathologiques caractérisées ne semble pas sensiblement plus grande chez les femmes ayant antérieurement subi un curettage que chez les autres parturientes, est-ce à dire que la délivrance chez celles-là se passe rigoureusement comme chez celles-ci ?

Voici ce que nos recherches pour l'établissement des pourcentages d'adhérences placentaires chez ces deux catégories de femmes, nous ont permis de constater à cet égard :

Pour trouver nos six cas d'adhérences pathologiques caractérisées du placenta, nous avons dû dépouiller toutes les délivrances artificielles qui ont eu lieu à Baudelocque pendant la période de 43 mois dont nous nous sommes occupé.

Comme par ailleurs nous avons recherché quelles étaient les femmes qui avaient antérieurement été curettées, nous pouvions nous faire une opinion sur la fréquence comparée de la délivrance artificielle chez les fem-

mes antérieurement curettées et chez les autres parturientes.

Notre statistique nous donne les nombres suivants :

Sur 4.915 femmes n'ayant jamais subi antérieurement de curettage et ayant accouché à Baudelocque, à terme ou près du terme, 271 ont subi une délivrance artificielle ou une révision utérine après l'accouchement observé à Baudelocque :

soit 5,5 %

Sur 101 femmes ayant subi un curettage antérieurement à l'accouchement, à terme ou au voisinage du terme, observé à Baudelocque, 14 ont subi une délivrance artificielle ou une révision après accouchement :

soit 14 %.

On voit que la proportion des délivrances artificielles et des révisions, est presque trois fois plus forte pour la seconde catégorie de femmes que pour la première.

A quoi attribuer cette plus grande fréquence de la délivrance artificielle chez les femmes antérieurement curettées ?

Peut-être devons-nous tenir compte de ce fait que la série des femmes dans les antécédents desquelles nous avons relevé un ou plusieurs curettages semble comprendre un plus grand nombre de multipares que la série des femmes non curettées.

Nous relevons en effet sur nos 101 curettées : 1 primipare, 37 femmes qui en étaient à leur deuxième gestation, 26 à leur troisième ; 10 à leur quatrième ; 7 à leur cinquième ; 7 à leur sixième ; 3 à leur septième ; 4 à leur huitième ; 4 à leur neuvième ; 2 à leur dixième.

Peut-être pouvons-nous penser que la tonicité utérine ne vaut pas chez ces femmes ce qu'elle vaut chez les femmes non curettées, plus jeunes et à l'utérus moins fatigué par des gestations répétées.

Ou bien faut-il admettre que l'épine de la cicatrice du curettage, si elle ne paraît guère capable de provoquer fréquemment la formation d'adhérences pathologiques caractérisées, suscite cependant l'apparition de petits troubles de la contraction utérine, ou bien même entraîne des adhérences membraneuses ou placentaires à la vérité légères mais suffisantes pour empêcher le décollement spontané du placenta ?

Chacune de ces suppositions mériterait d'être vérifiée ou infirmée.

Mais il ne nous est pas possible de le faire dans le cadre de ce travail.

La question serait d'ailleurs extrêmement complexe car, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer quant aux adhérences caractérisées, le curettage est souvent pratiqué pour des processus morbides qui, à eux seuls, sont susceptibles d'entraîner des modifications pathologiques capables de créer les petites dystocies de la délivrance.

***

Avant de conclure, nous donnons ci-dessous le résumé des quatorze observations de délivrance artificielle chez des femmes antérieurement curettées, observations qui ont servi à l'établissement de notre statistique de Baudelocque.

On y pourra vérifier qu'il ne s'agit, dans aucun de ces cas, d'*adhérences pathologiques caractérisées* du placenta, mais bien d'anomalies de la contraction, ou d'adhérences membraneuses ou placentaires très légères.

Observation I

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 1116 *de* 1920)

Femme de 28 ans.

Réglée à 13 ans pour la première fois. Règles irrégulières, durant 3 jours.

I. Gestation : Accouchement prématuré spontané au cours du septième mois.

II. Gestation (1914) : Avortement quatrième mois. *Curettage* à Necker, dans un service de chirurgie. Suites sans incidents.

III. Gestation (actuelle) : D. R. fin septembre 1919. Pertes de sang en mai et en juillet 1920, brusques, spontanées, indolores, assez peu abondantes.

Début du travail : 4 juillet. Rupture précoce des membranes. Durée du travail 10 h. 35. Application de forceps pour souffrance fœtale. Enfant 4 k. 050.

Délivrance artificielle 2 heures après l'accouchement pour non décollement du placenta. Pas d'hémorragie. *Pas de difficultés du décollement. Pas de morcellement.*

Placenta : 610 gr., membranes complètes (mensuration : 0/35). Suites subfébriles (38° jusqu'au 10e jour). Sortie le dix-huitième jour.

Observation II

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 2083 *de* 1920)

Femme de 28 ans.

Premières règles à 13 ans. Règles régulières, douloureuses, abondantes.

I. Gestation (1918) : Accouchement spontané à terme chez

elle. Suites fébriles. Transportée à Lariboisière : *Curettage*. Hospitalisée 28 jours.

II. Gestation (actuelle) : D. R. : 6-12 février 1920. Traces d'albumine au septième mois. Régime lacto-végétarien.

Début du travail : 2 décembre OIGA. Rupture spontanée tempestive des membranes. Durée du travail : 8 h. Accouchement spontané. Enfant 4 k. 500.

Délivrance artificielle 10 minutes après l'accouchement pour hémorragie. *Délivrance assez facile* : placenta en partie décollé, n'est plus adhérent qu'au niveau de la corne droite. *Pas de morcellement.*

Placenta : 520 gr. Membranes déchirées.

Suite de couches compliquées par suite de l'apparition d'une vaste escharre de la cuisse, consécutive à une injection de sérum adrénaliné.

Observation 3

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 2095 *de* 1920).

II. Pare, 19 ans.

Premières règles : 14 ans. Règles régulières, durant 5 à 6 jours.

I. Gestation (1918) : Accouchement spontané à terme. *Suites de couches fébriles : curettage.*

II. Gestation (actuelle) : D. R. : 19-25 mars. Pertes jaunes abondantes au cours de la gestation.

Début du travail : 4 décembre. OIGA. Durée du travail : 3 h. 30. (Rupture artificielle à dil. comp.) Accouchement spontané. Enfant 3 k. 320.

Hémorragie légère persistante pendant la période de délivrance.

Délivrance artificielle, 3 heures après l'expulsion du fœtus, le placenta n'étant pas complètement décollé. *Décollement manuel très facile.*

Placenta intact (500 gr.) Membranes complètes (5/26). Suites simples. Sortie le dixième jour.

Observation IV

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 193 *de* 1921)

Femme de 31 ans.

Premières règles : 13 ans. Règles irrégulières.

I. Gestation (1918) : Accouchement prématuré spontané. *Suites de couches fébriles, curettage à Saint-Antoine* deux jours après. Hospitalisée un mois. N'a pas revu ses règles entre sa première et sa deuxième gestation. Pertes jaunâtres ; douleurs dans les reins et dans les cuisses.

II. Gestation (1920) : Rupture prématurée des membranes. Fièvre. Accouchement prématuré à Baudelocque (Obs. 412 de 1920).

Enfant vivant 1 k. 940 gr.

Délivrance artificielle pour non décollement du placenta 2 heures après l'expulsion du fœtus. Difficultés tenant à la rétraction de l'orifice du col. *Léger curettage à la curette mousse* (Dr Cleisz). Placenta : 320 gr.

Suites de couches fébriles (entre 38 et 39° jusqu'au quatorzième jour). Sortie le dix-neuvième jour.

III. Gestation : Sortie de Baudelocque après cet accouchement le 20 mars 1920, la femme revoit un peu de sang les 4 et 5 mai 1920 et rentre à Baudelocque le 27 janvier 1921, en état de gestation (deuxième moitié du neuvième mois ?) pour rupture prématurée des membranes et fièvre.

Le 29 janvier : expulsion spontanée, après 2 h. 30 de travail, d'un enfant de près de 3 k.

Délivrance artificielle 1 heure après l'expulsion du fœtus, pour hémorragie. « Une partie du placenta est dans le vagin et le segment inférieur ; la partie placentaire retenue, non décollée, est dans la corne gauche ; *on y accède difficilement :*

un anneau de rétraction permet sèulement l'introduction d'un doigt, puis de deux et enfin de trois doigts, avec lesquels on arrive à décoller la surface encore adhérente, grande comme une paume de main ; le placenta bien qu'un peu déchiqueté, et les membranes paraissent complets ainsi que le montre la révision utérine » (dit la sage-femme qui a pratiqué la délivrance.)

Placenta : 450 gr. Membranes : 8/33.

Suites de couches fébriles du premier au quatrième jour (la femme avait 38°8 au moment de l'accouchement). Suites simples du quatrième au dixième jour, date de la sortie.

Observation V

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 1315 *de* 1921)

Femme de 39 ans.

Premières règles à 14 ans. Règles régulières, durant 5 à 6 jours, s'accompagnant souvent de douleurs.

I. Gestation (1905) : Accouchement spontané à terme. Petite hémorragie de la délivrance aussitôt après l'expulsion de l'enfant. Pas de D. A.

II. Gestation (1907) : Accouchement au septième mois. *Hémorragie importante du neuvième jour des suites de couches* (ergotine).

III. Gestation (1909) : Accouchement spontané à terme. Petite hémorragie de la délivrance aussitôt après l'expulsion du fœtus. *Délivrance artificielle.* Suites fébriles. *Deux curettages.* Phénomènes infectieux.

V. Gestation (1919) : Accouchement spontané à terme. Hémorragie aussitôt après l'expulsion de l'enfant. (St-Antoine).

Au cours de la plupart de ces gestations la femme a perdu du sang, en petite quantité, au deuxième et troisième mois de la gestation.

VI. Gestation (actuelle) : Dernières règles : 15 au 21 octobre 1920. Pas de perte de sang au cours de la gestation.

Début du travail le 4 août 1921, à Baudelocque. Durée du travail : 4 heures. (Rupture spontanée des membranes à dil. compl.) Accouchement spontané, enfant 3 kilogs.

Aussitôt après l'expulsion, hémorragie assez abondante et persistante. Le pouls monte rapidement à 90. 100, 110. Au toucher on arrive sur l'insertion placentaire du cordon. La sage-femme de garde pratique la *délivrance naturelle* par les procédés habituels (traction du cordon et refoulement du fond utérin). La masse placentaire vient, dépouryue de ses membranes.

La femme continuant à perdre et bien que le placenta paraisse complet, on fait une *revision utérine. Celle-ci ne ramène que des membranes,* mais aggrave le shock, tandis que l'hémorragie s'arrête. L'utérus se rétracte bien.

Phénomènes syncopaux dans l'heure qui suit. Puis amélioration rapide. Suites fébriles du deuxième au huitième jour (température autour de 38°). Amélioration progressive du huitième au seizième jour. Sortie le dix-septième jour.

Observation VI

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 1150 *de* 1922)

Femme de 26 ans.

Premières règles à 14 ans. Règles toujours régulières.

I. Gestation (1920) : Avortement au cours du deuxième mois. *Curettage* à la Pitié.

II. Gestation (1921) : Accouchement au cours du huitième mois. Délivrance et suites de couches normales.

III. Gestation (actuelle) : D. R. 16-19 novembre 1921.

Début du travail 27 août 1922. Durée du travail : 5 heures. (Rupture spontanée des membranes à dil. compl.) Accouchement spontané, enfant, 3 k. 920.

Délivrance naturelle une heure après l'accouchement par les manœuvres habituelles. Membranes retenues presque en totalité, face utérine douteuse.

Révision utérine : le moniteur de garde ramène, *sans difficultés*, des membranes et un petit débris placentaire. Suites de couches subfébriles. Sortie le dix-neuvième jour.

Observation VII

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 1527 *de* 1922)

Femme de 31 ans.

Premières règles à 11 ans. Règles régulières, durant 4 jours.

I. Gestation (1901) } Accouchement à terme.
II. Gestation (1903) } Pas de complications de la délivrance.
III. Gestation (1905) }

IV. Gestation (1913) : Avortement au cours du troisième mois. *Curettage* 15 jours après pour hémorragie.

V. Gestation (actuelle) : D. R. : 19 au 22 février. Rupture prématurée des membranes. Début du travail le 25 novembre. Durée du travail : 7 h. 30. Accouchement spontané, enfant 3 k. 850.

Délivrance artificielle, 2 heures après l'expulsion, le placenta n'étant pas complètement décollé (hémorragie négligeable). Le placenta par sa partie supérieure est encore adhérent au fond utérin.

On le décolle sans difficulté. Mais les membranes sont encore très adhérentes dans la cone droite et sont difficilement décollées. Placenta : 600 gr., présente quelques infarctus blancs.

Suites de couches simples. Sortie le quinzième jour.

Observation VIII

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 30 *de* 1923)

Femme de 26 ans.

Premières règles à 14 ans. Règles régulières, durant 5 à 6 jours.

I. Gestation (1920) : Accouchement spontané à terme, à la Pitié. Délivrance naturelle. Sortie le neuvième jour. Quelques jours après, métrorragies abondantes, durant 4 jours. Elle rentre à la Pitié où on lui fait un *curettage*. Elle sort douze jours après. Retour de règles deux mois après le curettage.

Par la suite : douleurs abdomino-pelviennes fréquentés à un médecin (actuelle) D. R. : 10-14 avril 1922 (?).

Début du 5 avril : 6 janvier 1923. Rupture précoce de membranes. Durée du travail : 2 h. 30. Accouchement spontané, enfant 3 kil. 890.

Délivance artificielle pour hémorragie, 45 minutes après l'accouchement. Difficultés d'introduction et d'évolution de la main liées à l'existence d'un anneau de contraction, enchatonnant une partie du placenta dans la corne droite ; *le décollement lui-même facile*. Placenta : 650 gr. Membranes complètes.

Suites de couches simples. Sortie le 10e jour.

Observation IX

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 89 *de* 1923)

Femme de 29 ans.

Premières règles à 13 ans. Règles régulières, durant 4 à 5 jours.

I. Gestation (1914). Avortement au 3e mois. *Curettage* à Baujon.

II. Gestation (actuelle). D. R. : début d'avril 1922. Jusqu'en août 1922, métrorragies irrégulières, apparaissant brusquement, sans douleurs, tous les 3 ou 4 jours, durant une ou deux heures, peu abondantes, albuminurie légère de la fin de la gestation.

Début du travail : 20 janvier 1923. Rupture spontanée précoce des membranes. Durée du travail, 20 heures. Application de forceps pour souffrance fœtale. Enfant : 3 kil. 450.

Délivrance artificielle pour hémorragie 30 minutes après l'accouchement. Placenta partiellement décollé. *Décollement facile* de la partie encore adhérente. Placenta 600 gr. Membranes paraissant complètes (15/20).

Suites de couches : température autour de 38° du 2e au 20e jour (parotidite au 13e jour). Apyrexie du 20e au 35e jour. Sortie le 35e jour.

Observation x

(Clin. Baudelocque. Obs. 174 de 1923)

Femme de 26 ans.

Premières règles à 15 ans. Règles régulières. Durée 8 jours.

I. Gestation (1914) : Accouchement spontané à terme. Pas de complications de la délivrance.

II. Gestation (1916) : Avortement au 2e mois. *Curettage* à Cochin.

III. Gestation (1921) : Hydramnios à marche rapide. Accouchement prématuré provoqué, à Baudelocque (Obs. 751). Délivrance naturelle une heure après. Suites de couches normales.

Dans les suites de cet accouchement, un Hecht, pratiqué à Baudelocque, se révèle positif. La femme est soumise au traitement antisyphilitique.

IV. Gestation (1922) : Avortement spontané au 4e mois, à Broussais. Suites fébriles. 3 curettages en 8 jours. Sortie 20 jours après.

V. Gestation (actuelle) D. R. : 6 au 8 mars 1922. Hospitalisée à Baudelocque. Traitement antisyphilitique. Mort de l'enfant vers la fin du 9e mois. Rupture spontanée prématurée des membranes. Accouchement provoqué le 8 février 1923. Version : basiotripsie. Enfant, 3 k. 100.

Délivrance artificielle immédiate *sans difficultés*. Placenta : 670 (infarctus blancs).

Suites fébriles. Température entre 38° et 39° du 2e au 17e jour. Apyrexie du 19e au 34e jour. Sortie le 35e jour.

Observation xi

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 386 *de* 1923)

Femme de 27 ans.

Réglée à 11 ans. Règles régulières, durant 8 jours.

I. Gestation (1921) : Avortement au 5e mois. Phénomènes infectieux dans les suites immédiates. Grosse hémorragie au 19e jour. Entre à la Pitié : *curettage*.

II. Gestation D. R. : 2-6 juin 1922. Début du travail le 26 mars, à Baudelocque. Rupture précoce des membranes. Durée du travail : 22 heures. Application de forceps pour souffrance fœtale. Enfant, 4 kil. 400.

Délivrance artificielle pour hémorragie. Utérus mou. *Placenta assez facilement décollé* malgré quelques adhérences, en particulier au niveau de la corne gauche.

Placenta intact (950 gr.) présentant de nombreux infarctus blancs. Membranes paraissant complètes.

Suites simples ; très léger mouvement fébrile (38° du 3e au 6e jour).

Sortie le 14e jour.

Observation xii

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 509 *de* 1923)

Femme de 28 ans.

Premières règles à 12 ans.

I. Gestation (1917) : Accouchement à terme. Suites de couches fébriles. *Curettage* au onzième jour.

II. Gestation (1920) : Gemellaire. Accouchement à Baude-

locque (Obs. 1482), au début du neuvième mois. Rupture prématurée des membranes.

Délivrance naturelle par manœuvres habituelles. Placenta inséré sur le segment inférieur. Suites de couches normales.

III. Gestation (actuelle) : D. R. : 12-15 juillet 1922.

Début du travail le 20 avril 1923. Durée du travail : 12 h. 30. (Rupture spontanée tempestive des membranes). Accouchement spontané, enfant 3 k. 450.

Ecoulement sanguin léger, persistant pendant la période de délivrance. *Délivrance artificielle* pour hémorragie, 45 minutes après l'expulsion de l'enfant ; placenta en partie décollé ; *pas de difficultés pour le décollement* de la partie encore adhérente.

Placenta : 430 gr. Membranes complètes.

Suites de couches normales. Sortie le onzième jour.

Observation XIII

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 610 *de* 1923)

Femme de 37 ans.

Premières règles à 14 ans.

I. Gestation (1903) : Accouchement suivi de délivrance artificielle. Suites de couches fébriles. *Curettage* au septième jour. Phénomènes infectieux consécutifs. Deux mois après : salpingo-ovariectomie gauche.

Par la suite sept accouchements à terme sans accidents de la délivrance.

IX. Gestation (actuelle) : D. R. début de juillet 1922.

Début du travail 11 mai 1923, à Baudelocque. Présentation de l'épaule. Rupture artificielle des membranes à dil. compl. Version par man. int. suivie d'extraction. Enfants de 3 k. 850. Durée du travail : 15 heures.

Délivrance artificielle immédiate, *sans aucune difficulté.*

Placenta 500 gr. Membranes complètes.

Suites de couches normales. Sortie le neuvième jour.

Observation XIV

(*Clin. Baudelocque. Obs.* 673 *de* 1923)

Femme de 31 ans.

Premières règles à 14 ans. Règles régulières, durant 3 jours.

I. Gestation (1915) et II. Gestation (1917) : terminées par accouchement spontané à terme, sans incidents.

III. Gestation (1922) : Avortement au troisième mois, à Necker. Température à 40° pendant 9 jours ; aurait subi *trois curettages ;* hospitalisée un mois.

IV. Gestation (actuelle) : D. R. : 13-15 août 1922. Gemellaire. Pertes jaunes abondantes pendant la gestation. Traces d'albumine.

Début du travail le 28 mai 1923. Durée du travail : 5 heures. (rupture tempestive des membranes). Accouchement spontané : enfants 3 k. 150 et 3 k. 070.

Délivrance artificielle 1 h. 15 après l'accouchement pour hémorragie légère, mais continue, retentissant sur l'état général. Placenta partiellement adhérent, notamment au niveau de la corne droite. *Pas de difficultés du décollement.*

Masse placentaire (880 gr.) *intacte*, présentant des infarctus anciens. Membranes déchirées paraissant complètes. La révision atteste la vacuité utérine.

Infection puerpérale. Mort au trente-troisième jour.

Conclusions

I. Les adhérences pathologiques du placenta, après accouchement à terme ou près du terme, ne semblent pas plus fréquentes chez les accouchées antérieurement curettées que chez les autres parturientes.

Une statistique établie d'après les observations de la clinique Baudelocque, montre que sur 4.915 parturientes n'ayant jamais été curettées, il a été relevée six cas d'adhérences pathologiques caractérisées du placenta ; et que, sur 101 parturientes antérieurement curettées, il n'en a été relevé aucun.

II. Toutefois on note chez les femmes antérieurement curettées une plus grande fréquence de la délivrance artificielle. Il est d'ailleurs impossible de préciser si les incidents nécessitant la délivrance artificielle sont sous la dépendance du curettage ou des processus morbides pour lesquels le curettage a été pratiqué.

III. On peut donc conclure :

1° La crainte d'adhérences pathologiques du placenta, entraînant une dystocie grave de la délivrance, au cours des accouchements ultérieurs, ne doit pas entrer en ligne de compte quand on discute de l'opportunité d'un curettage. Les respect des contre-indications habituelles de

cette intervention et la prudence dans son exécution sont commandés par d'autres raisons, d'ailleurs impérieuses ;

2° En présence d'une femme accouchée ayant subi antérieurement un curettage, on doit garder présente à l'esprit la notion de la plus grande fréquence des délivrances artificielles dans ces cas.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Bibliographie

Albert. — Adhérences anormales du placenta dans les accouchements à terme. — *Thèse de Paris*, 1878.

Alexandrow. — Adhérences du placenta. *Journal d'accouchement et de gynéc. de St-Pétersbourg*, avril 1900, et *Zentralbl. f. Gyn.*, 1891, p. 994.

Auvard. — La délivrance physiologique. — *Journal de Médecine*, Paris, février 1903.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — Pratique de l'art des accouchements.

Bauereisen. — Sur la question de l'adhérence du placenta. — *Zeitch. f. Geburt. u. Gyn.*, Bd. LIII, H. 2, p. 310.

Bernard de Teyssier. — Des adhérences vraies du placenta. — *Thèse de Lyon*, 1903-1904.

Berry-Hart. — *Edinburgh Medic. Journ.*, mars 1889, p. 816.

Brindeau et Nattan-Larier. — Adhérences anormales du placenta. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1905, page 274.

Budin. — Les rétentions placentaires. — *Journal des Praticiens*, 21 janvier 1905.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchements.

Cappon. — Rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme. — Thèse de Paris, 1904-1905, n° 228.

Charpentier. — Traité d'accouchements. Tome 2, p. 405.

Demelin. — Le curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale. — *Société d'obstétrique de Paris*, avril 1906. Bulletin, p. 114.

— Fausse-couche et curettage. — *Le Médecin Français*, octobre 1919.

L. Demelin et L. Devraigne. — Manuel de l'accoucheur, 1924. p. 701, 1.219 et 1.224 à 1.231.

Doleris. — Métrites et fausses métrites, Paris, 1902.

Durante. — Du pronostic de la môle d'après l'examen histologique de la caduque. — *La gynécologie*, janvier 1910.

Fabre. — Un cas de rétention placentaire après l'accouchement. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1914, p. 607.

Franqui (Otto von). — Endortérite oblitérante des villosités placentaires, le fœtus étant encore vivant. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVI, H. 1, p. 33.

Gagnères. — Adhérences anormales du placenta dans les accouchements à terme. — *Thèse de Paris*, 1903-1904.

Guéniot père. — Mémoire sur les adhérences placentaires. — *Arch. de Tocologie*, 1874, T. I, p. 739.

Hense. — Adhérences du placenta. — *Zeitsch. f. Geburt. u. Gyn.*, 1901., Bd. XLV, H. 2, p. 272.

Ibrahim Edhem. — Histologie des adhérences placentaires. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1903, p. 251.

Jacobs. — Adhérences placentaires, rétention partielle du placenta, infection, hysterectomie vaginale. — *Soc. belge de Gyn. et d'obst.*, 4 juin 1921, in *Gynécologie et Obstétrique*, 1921, T. IV.

Jacquemier. — Manuel d'accouchements, 1846., T. II.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, Paris, 1914.

Langhans. — *Arch. f. gynæk.*, 1875, Bd. VIII, p. 287.

Leopold. — Entwickelung und Bau der Menschlichen Plazenta. — *Arch. f. gynæk*, Berlin, 1889, T. XI.

Massen. — Rétention du placenta et adhérences placentaires. — *Journal d'accouchement*, de Saint-Pétersbourg, mai-juin 1897.

Netter. — Délivrance dans les fibromes. — Thèse de Paris, 1909-1910.

Neumann. — *Arch. f. Gynæk.*, 1902, Bd. LXV, p. 95.

Peiser. — Contribution à la pathologie du placenta. — *Monatsch. f. Geburt. u. Gyn.*, 1899, Bd. X, H. 5, p. 613.

Pettit. — Diagnostic étiologique des curettages utérins. — *Thèse de Paris*, 1900-1901.

Pichevin. — Préparations microscopiques et photomicrographiques (modifications de la muqueuse utérine après curettage). — *Soc. d'Ost. et Gyn. de Paris*, 14 mars, 11 avril, 9 mai 1905, in *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1895, T. XLIII, p. 506.

— Du curage utérin. — *Semaine gynécologique*, Paris, 1906.

— A propos du curage utérin. — *Semaine gynécologique*, Paris, 1908, p. 9.

— Curettage, exploration de l'utérus. — *Journal de de Médecine de Paris*, 1912, p. 251.

Pinto. — Recherches histologiques sur le curettage utérin post abortum. — *Arch. di Ostét.*, avril-mai 1906.

Reclus. — Le curettage utérin. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1906, p. 49.

Retterer. — Histologie de la muqueuse utérine. — *L'Obstétrique*, 1911, p. 121 et 263.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Traité d'obstétrique, 8e édition, p. 1.055.

Richard. — Contribution à l'étude des rétentions placentaires après l'avortement. — Thèse de Paris, 1905-1906, n° 357.

Richelot. — Chirurgie de l'utérus, Paris, 1902.

Richter. — Recherches histo-pathologiques sur le curettage *Gynæk. Rundsch.*, 1914, Bd. VIII, p. 47.

Schwendeuer. — Adhérences placentaires et rupture utérine. — *Journal d'Ostétrique*, 1903, p. 539.

Schweitzer. — Da spathologische Tiefenwachstum der Plazenta. — *Arch. f. GyneK.*, 1918, p. 618-668.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements, Vol. IV, p. 3.

Trotta. — De l'adhérence du placenta. — *Arch. di Ostétr. e Ginec.*, mars 1905.

Trousset. — Curettages et adhérences anormales du placenta. — *Th. de Paris*, 1920, n° 178.

Vanwerts et Guenez. — Adhérences anormales du placenta au niveau d'une cicatrice de la muqueuse utérine. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921, p. 395.

Vignes. — Rétention placentaire, hysterectomie. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, n° 3, p. 176.

Vignes et Cornil. — Insuffisance thyroïdienne et stérilité. — *Progrès Médical*, 17 juin 1922, p. 283.

Wallich. — Eléments d'obstétrique, 1920.

J. Whitridge Williams. — Manuel d'obstétrique, 1923.

Wolff. — De la rétention complète des membranes après l'accouchement à terme. — *Th. Paris*, 1906-1909, n° 425.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES